

UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

PRADEL Gilles

Né le 29 novembre 1941 à Arcy sur Cure (89)

Interne des hopitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUÉMENT LE

Traitement chirurgical et ses résultats
dans la Fibrose Rétropéritonéale
Idiopathique Extensive
à propos de 22 cas
* * *

Président: Monsieur COUVELAIRE Professeur

UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

Nº

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

PRADEL Gilles

Né le 29 novembre 1941 à Arcy sur Cure (89)

Interne des hopitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

Traitement chirurgical et ses résultats
dans la Fibrose Rétropéritonéale
Idiopathique Extensive
à propos de 22 cas
* * *

Président : Monsieur COUVELAIRE Professeur



A ma mère

A ma femme

A mon fils.

A Monsieur le Professeur Roger COUVELAIRE

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la Présidence de cette thèse.

Au Professeur Agrégé Jean AUVERT

Qui inspira cette thèse et en fut le bienveillant conseiller tout au long de sa rédaction. La plupart des observations qui sont à la base de ce travail, publiques ou privées, lui appartiennent.

Qu'il veuille bien accepter mes remerciements et ma gratitude pour la sympathie qu'il sait si bien prodiguer et pour son incomparable enseignement.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

- Externat

- . Monsieur le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB
- . Monsieur le Docteur Marcel MORIN
- . Monsieur le Docteur Jean BOURDIAL

- Externat en premier

- . Monsieur le Docteur THIBAUT

- Internat

- . Monsieur le Docteur Lucien DAVID
- . Monsieur le Professeur André SICARD
- . Monsieur le Docteur Claude ROUVILLOIS
- . Monsieur le Professeur Agrégé Robert MEARY
- . Monsieur le Professeur Agrégé Gilles EDELMANN
- . Monsieur le Docteur Jacques MIALARET
- . Monsieur le Docteur Henri CHARLEUX
- . Monsieur le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB
- . Monsieur le Professeur Agrégé Jean AUVERT.

REMARQUES PRELIMINAIRES

I) Nous avons inclus dans cette étude, nos 3 cas de fibrose due à la Méthysergide, (obs. XI, VI et XXI), ce qui semble élargir un peu le cadre de la question.

En effet, si, dans certains cas peu évolués, avec étranglement incomplet des uretères, on a pu observer une guérison des malades par le seul arrêt de l'intoxication, tous les autres semblent être du ressort de l'urologue, c'est-à-dire, relever de la cure chirurgicale.

En outre, il n'existe aucune différence histologique entre la plaque de fibrose dite idiopathique et la plaque de fibrose secondaire à la prise de Méthysergide. C'est pourquoi, nous nous sommes crus autorisés à réunir tous les cas dans le même cadre.

2) L'une de nos observations (IX) concerne un malade décédé 3 ans après d'un cancer colique droit inextirpable. Nous pensons néanmoins qu'il s'agissait d'une fibrose bénigne car l'étude histologique attentive du tissu n'avait révélé aucune cellule maligne. Cependant, la discussion reste ici ouverte, avec les fibroses malignes.

3) Nous avons pris pour point de départ de nos observations, de façon arbitraire, la date de la première intervention subie par le malade. Ce procédé nous a paru en effet plus juste, par exemple, que la date du premier symptôme, toujours difficile à déterminer de façon précise, ou encore la date de la certitude du diagnostic.

INTRODUCTION

Au cours de cette brève étude, nous avons volontairement négligé les problèmes diagnostiques, tant positifs que différentiels que pose cette curieuse affection qu'est la fibrose rétropéritonéale idiopathique extensive.

Ces problèmes sont en effet maintenant bien connus et, quoiqu'ils soient fort intéressants et pas toujours d'emblée résolus, nous avons préféré nous attarder sur le traitement chirurgical de la maladie tel que nous le concevons actuellement, les complications qu'il faut en craindre, à la lumière de celles qui ont été observées dans quelques uns de nos 22 cas, les causes des décès que nous avons eu à déplorer, afin de dégager quelques éléments du pronostic de cette fibrose, à différents points de vue : L'uretère, le rein, l'hypertension artérielle, la plaque de fibrose, tous concourant finalement à ce but qu'est la survie ou la mort du malade.

Nous terminerons en insistant sur la nécessité d'une surveillance régulière du malade opéré, qui est en définitive l'un des éléments essentiels du pronostic de l'affection.

GENERALITES

Topographie

5 formes unilatérales

- 3 à droite (Obs. III, II et I)
- 2 à gauche (Obs. IV et XX)

Les 3 formes suivies se sont bilatérisées

17 formes bilatérales

dont 12 suivies.

Sexe

18 hommes

4 femmes, dont 3 fibroses à la Méthysergide.

Age

Compris entre 32 et 75 ans :

- 15 cas entre 40 et 60 ans
- 2 cas âgés de moins de 40 ans
- 5 cas âgés de plus de 60 ans.

TRAITEMENT

A - Les techniques utilisées

I) Dans les 5 formes unilatérales

La voie d'abord fut une lombotomie

La technique employée fut :

- 1 fois, la néphrectomie (Cas IV). Le diagnostic n'avait pas été posé initialement.
- 3 fois, l'urétérolyse sans intrapéritonisation (cas III en 1958, Cas II en 1961, où l'on avait envisagé une sténose urétérale tuberculeuse, Cas I en 1964).
- 1 fois, l'urétérolyse avec intrapéritonisation (Cas XX en 1961).
- Lors de la bilatéralisation du Cas III, c'est à l'urétérostomie cutanée que l'on eu recours (en 1961). Le malade refusera ensuite l'iléo-urétéroplastie proposée.

2) Dans les 17 formes bilatérales.

a) 3 urétérolyses bilatérales en deux temps :

- 1 par voies iliaques avec résection unilatérale d'une virole urétérale et interposition rétro-urétérale d'un matelas graisseux (cas XVIII en 1958).
- 1 par lombotomie (pour diagnostic évoqué de lithiase urique) avec urétérolyse ; 10 jours plus tard, urétérolyse du côté opposé et intrapéritonisation bilatérale, le tout par laparotomie médiane (Obs. XXII).
- 1 par lombotomies avec intrapéritonisation (Cas VIII en 1961).

b) 14 laparotomies médianes trans-péritonéales pour urétérolyse bilatérale avec intrapéritonisation..

C'est en 1959 que fut effectuée pour la première fois dans le service cette technique. Mais ce n'est que depuis 1964 qu'elle a été réalisée systématiquement.

3) Remarque : Les 5 néphrectomies qui ont été pratiquées se répartissent ainsi :

- 1 d'emblée (Cas IV dont le diagnostic initial avait été méconnu).
- 2 pour récurrence (Cas XI et X) chez des malades non surveillés.
- 2 pour non récupération fonctionnelle du rein (Cas III et IX).

B - La Technique actuellement préconisée

I) est, dans les formes bilatérales, bien codifiée :

a) Principe :

C'est la libération des uretères et leur protection par placement à distance de la plaque de fibrose. Les uretères sont libérés de la gangue scléreuse qui les entoure et mis à l'abri dans le péritoine, en les plaçant en-dehors, dans la gouttière pariéto-colique. Cette libération et cette protection doivent être très étendues et doivent porter sur la totalité des 2 uretères, depuis le bassin jusqu'à la vessie.

b) Incision :

Grande médiane xypho-pubienne trans-péritonéale.

c) Un temps d'exploration digestive est indispensable, pour éliminer un cancer méconnu, gastrique ou colique. Bien entendu, des investigations barytées préalables ont été pratiquées.

d) La libération des uretères est conduite après décollement des colons droit et gauche. La dissection est facile

quoique délicate, ce qui différencie bien cette maladie des sténoses néoplasiques ou par péri-urtéríte, qui réalisent une offense intra-murale ; il n'y a en effet ici aucune adhérence entre l'uretère et la plaque qui se comporte seulement comme un corset. En même temps, sont dégagés les pédicules spermatiques, dont la compression explique l'hydrocèle si fréquente dans cette maladie.

L'appendicectomie paraît un geste complémentaire utile.

- e) La protection des uretères, extraits de leur corset, est assurée par leur intrapéritonisation dans la gouttière pariéto-colique correspondante, par suture du péritoine pariétal postérieur au colon, en arrière de l'uretère.

Il faut apporter grand soin aux orifices d'entrée et de sortie de l'uretère pour éviter toute sténose. Chacun des conduits est donc libre dans la cavité péritonéale. Il faut ici préciser qu'aucun risque d'occlusion n'est à craindre de ce fait, car les uretères s'incorporent très vite à la séreuse péritonéale, ainsi que cela a pu être vérifié lors de ré-interventions.

- f) Vis-à-vis de la plaque, on se contentera d'un large prélèvement biopsique de chaque côté. Il ne serait en effet pas raisonnable de chercher à en faire l'ablation totale, en raison de ses adhérences intimes avec les gros vaisseaux. En outre, cette plaque est richement vascularisée, ce qui explique le saignement assez abondant qui accompagne régulièrement l'urétérolyse.
- g) Une biopsie rénale bilatérale systématique permettra dans une certaine mesure d'apprécier le pronostic lointain en précisant l'importance des lésions de néphrite interstitielle.
- f) La paroi est enfin fermée selon les habitudes de chacun, avec drainage des décollements sortant par une contre-incision dans chaque flanc.

2) Plus délicat est le problème des formes unilatérales.

Si, dans notre série, nous avons eu recours à une lombotomie pour pratiquer l'urétérolyse avec ou sans intrapéritonisation, la constance de la bilatéralisation nous inciterait maintenant à conseiller l'intervention par voie médiane, avec intrapéritonisation de la totalité des deux uretères. Cette technique est en effet actuellement le meilleur gage de réussite et devrait éviter l'évolution vers l'insuffisance rénale. C'est là, de toute évidence, que devraient être observés les meilleurs résultats à long terme.

3) Reste, dans tous les cas, le problème du drainage urinaire, qu'il est possible de schématiser, comme suit :

- a) Si l'insuffisance rénale est préoccupante, la néphrostomie est la solution de sagesse, permettant de passer le cap des premiers jours en attendant la récupération de la fonction rénale.
- b) Si l'insuffisance rénale est minime, on pourra se contenter du drainage par sonde urétérale, qu'il y a toujours intérêt à monter dans le premier temps de l'intervention. Cette montée de sonde est presque toujours facile, ce qui différencie la fibrose idiopathique des autres compressions urétérales. Elle facilitera le repérage des uretères pour leur libération. Elle offre en outre l'avantage de confirmer le diagnostic en la faisant précéder d'une urétéro-pyélographie rétrograde qui précisera au mieux l'étendue de la sténose.

Quant à la date de ce drainage, si, le plus souvent, il sera contemporain de l'intervention libératrice, il devra parfois la précéder des quelques jours nécessaires à l'obtention d'une fonction rénale suffisante pour amoindrir le risque opératoire de l'urétérolyse.

De même, une contre-indication majeure et temporaire à l'intervention idéale, d'ordre cardiaque par exemple, autorisera une montée de sondes par voie endoscopique sous anesthésie locale, permettant d'attendre le

délai nécessaire à l'obtention d'un état général plus favorable.

5) Traitement médical complémentaire

Aucun de nos cas n'a été soumis à une corticothérapie systématique au long cours.

Cependant, nous pensons que celle-ci est souhaitable et nous proposons 10 à 15 mg de Prednisone par jour deux mois sur trois. Nous n'avons aucune expérience de l'antibiothérapie prolongée, ni de la radiothérapie anti-inflammatoire, comme adjuvants de la chirurgie.

Une fibrose due à la Methysergide (Desernil) impose évidemment l'arrêt définitif de cette drogue.

Complications post - opératoires

Nous en avons observé 7

N° de l'obs.	Age	Nature	Intervention pratiquée	délai d'apparition	Traitement	Résultat
XVIII	75 ans	Nécrose urétérale	Urétérolyse sans intra-péritonisation avec résection d'une virole urétérale (1958)	3 semaines - fièvre	Montée de sonde	Mort par infection rétro - péritonéale
XVI	43 ans	Nécrose urétérale	Urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation ; corticothérapie post-opératoire (1970)	1 mois - ascite urinaire.	Résection des 5 cm nécrosés; suture sur sonde.	échec. persistance d'une fuite minime
					urétéro-iléo plastie avec anastomose iléo-vésicale	Bon
XIX	60 ans	Nécrose Urétérale	Urétérolyse bilatérale avec intrapéritonisation (1960)	15 jours - fièvre et insuffisance rénale.	Montée de sonde	Echec
					Le malade refuse la néphrostomie proposée.	Guérison du malade mais mort probable du rein. A noter que ce malade est décédé II ans après l'an d'infarctus du myocarde.
X	56 ans	Phlébite	Néphrectomie (6 ans après urétérolyse bilatérale avec intrapéritonisation.)		Anti-coagulants	Guérison

N° de l'obs.	Age	Nature	Intervention pratiquée	Délai d'apparition	Traitement	Résultat
XVII	59 ans	Phlébite Embolie pulmonaire	Urétérolyse bi- latérale avec intrapéritoni- sation.		anti - coagulants	Guérison
II	66 ans	Arrêt car- diaque en fin d'interven- tion.	3ème interven- tion pour com- pléter une uré- térolyse.		Tentative de Réanimation	Mort
XV	65 ans	Péritonite par lâchage de suture colique.	Urétérolyse bi- latérale avec intrapéritoni- sation. Résection coli- que pour tumeur bénigne.	5 jours	Réanimation	Décès en quelques heures.

Sur 7 complications sérieuses, on note :

- 1) 3 nécroses urétérales dont une mortelle.

Nous n'insisterons pas sur cette observation XVIII où le malade, âgé de 75 ans, n'a pas supporté un phlegmon rétro-péritonéal par nécrose urétérale.

- 2) 2 complications thrombo-emboliques : Elles sont certes plus à craindre encore qu'après toute intervention, en raison des lésions fréquentes de la veine cave inférieure.

Cependant, ces complications sont loin d'être constantes. Elles justifient néanmoins un traitement anti-coagulant préventif post-opératoire systématique.

- 3) Quant aux 2 autres décès enregistrés, les causes sont très différentes.

Une fois (obs. II), il s'agissait d'un malade de 66 ans, qui, 4 ans auparavant, avait subi une urétérolyse droite par lombotomie dans une forme unilatérale droite, puis qui avait échappé à la surveillance. Revenu en très mauvais état général, ayant détruit son rein droit, et fortement compromis son rein gauche, on lui libère l'uretère gauche sous néphrostomie. Mais les suites opératoires sont marquées par une insuffisance rénale persistante qui fait découvrir que l'urétérolyse gauche avait été incomplète. Il est donc ré-opéré 4 mois et demi plus tard, après qu'une amélioration de la fonction rénale ait pu être médicalement obtenue. C'est alors en fin d'intervention que survient l'arrêt cardiaque.

Dans l'autre cas (Obs. XV), c'est une péritonite par lâchage de suture colique qui emporta le malade âgé de 65 ans.

On avait cru en effet devoir réséquer un petit segment de paroi sigmoïdienne pour emporter, aux fins d'analyse histologique, un noyau suspect, qui s'est avéré correspondre à une diverticulite suppurée. Au 5ème jour, un tableau alarmant de collapsus, douleurs abdominales et météorisme, suivi très rapidement de fibrillation cardiaque, vint interrompre prématurément l'évolution de ce malade qui avait par ailleurs accusé une ischémie

myocardique rapidement résolutive quelques jours auparavant.

A l'autopsie, outre le lâchage de suture colique, on trouva un abcès sous-hépatique, une pyélonéphrite aiguë développée sur des lésions de pyélonéphrite chronique compliquée de péri-néphrite, une cardiopathie de type ischémique et une broncho-pneumonie à foyers disséminés.

Pronostic urétéral

Il peut, dans l'ensemble, être considéré comme bon.

Il se juge dans le mois qui suit l'intervention.

Il repose exclusivement sur la vascularisation du canal, qui doit être respectée au cours de l'urétérolyse. En effet, le seul risque est l'apparition d'une nécrose urétérale, qui a été observée trois fois sur 42 libérations, soit dans 7 % des cas.

Remarquons ces trois observations, déjà citées au chapitre des complications post-opératoires.

N° de l'obs.	Age	Intervention pratiquée	Délai d'apparition et symptômes .	Traitement	Résultat
XVIII	75 ans	Urétérolyse sans intrapéritonisation, avec résection d'une virole urétérale. (en 1958)	3 semaines - fièvre	Montée de sonde	Mort par infection rétro-péritonéale.
XVI	43 ans	Urétérolyse bilatérale avec intrapéritonisation corticothérapie post-opératoire (en 1970)	1 mois - ascite urinaire.	- Résection des 5cm nécrosés. suture sur sonde.	Echec. Persistance d'une fuite minime.
				- Urétéro-iléo plastie partielle avec anastomose iléo-vésicale.	Bon
XIX	60 ans	Urétérolyse bilatérale avec intrapéritonisation. (en 1960)	15 jours - fièvre - insuffisance rénale.	- Montée de sonde	Echec
				- le malade refuse la néphrostomie proposée.	Guérison du malade, mais mort probable du rein.

PRONOSTIC RENAL

Il dépend de deux éléments :

1) L'un est fonction de l'état du parenchyme au moment de l'intervention ; il est possible d'en juger :

a) Avant l'intervention :

- sur l'urographie intra-veineuse pré-opératoire (rein muet, rein partiellement atrophié, importante dilatation pyélo-calicielle).
- sur la scintigraphie au Mercure.

b) Pendant l'intervention :

- sur l'aspect macroscopique de l'organe
- surtout, sur l'étude de la biopsie rénale per-opératoire.

c) Après l'intervention :

- sur le niveau et la qualité de la diurèse par les sondes.

2) L'autre est apprécié à long terme :

- a) d'une part, sur une éventuelle récurrence de la sténose urétérale, due à une extension de la plaque au niveau d'un segment du canal non protégé par l'intra-péritonisation.
- b) d'autre part, sur une bilatéralisation dans les formes initialement unilatérales.

Deux conséquences en découlent immédiatement :

- d'une part, l'intrapéritonisation doit être étendue sur la totalité de l'uretère.
- d'autre part, la surveillance post-opératoire du malade, régulière tous les ans, ne doit s'interrompre à aucun moment.

Dans notre série, nous avons observé 7 absences de récupération et 4 récurrences, que nous allons maintenant étudier.

7 absences de récupération (dont une forme initialement unilatérale)
(Obs. III, VII, VIII, IX, XVI, XXII).

Sur ces 7 cas, 6 reins étaient muets lors de la première urographie.

Mais cet aspect radiologique n'est en aucun cas formel, comme du reste dans toutes les insuffisances rénales de cause excé-
trice, puisque 6 autres reins initialement muets ont récupéré une
fonction correcte (Obs. I, V, VI, X, XIX et XX), et 3 autres encore
n'ont bénéficié que d'une reprise médiocre de leur fonction (Obs. VII,
XIII et XXI). Dans l'observation VII, ce rein a par ailleurs été ôté
en raison d'une récurrence de la fibrose.

Le pronostic rénal dépend donc en fait de l'ancienneté
de la rétention, de son caractère infecté ou non, mais aussi de l'as-
pect histologique du parenchyme, puisque, dans l'observation XXII, une
insuffisance rénale apparue en 4 mois s'est avérée irréversible, mal-
gré la levée de l'obstacle.

Insistons donc sur l'intérêt de la biopsie rénale bila-
térale per-opératoire systématique.

Quant à l'attitude qui fut adoptée vis-à-vis de ces reins
restés muets, l'indication d'une néphrectomie a été posée à deux
reprises :

- devant une hypertension artérielle persistante
(Obs. IX).

- devant un rein détruit dont la néphrostomie
était improductive (Obs. III).

4 récidives

Toutes chez des malades ayant subi une urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation.

° de obs.	Date de l'interven- tion.	Délai après l'intervention	surveillance post-opératoire	côté	Siège	Technique adoptée
VIII	1961	10 ans	Régulière	G	Uretère sous- pyélique.	Urétérolyse com- plémentaire sur re- fonctionnellement unique.
X	1959	6 ans $\frac{1}{2}$	Nulle pendant 4 ans	D	Uretère sous- pyélique.	Néphrectomie
XI	1964	2 ans	Nulle pendant 2 ans	G	Uretère sous- pyélique.	Néphrectomie
XII	1963	2 ans	Nulle pendant 2 ans	D et G	Uretères pelviens et pédi- cule rénal G.	Néphrostomie Décès par sep- ticémie sur PNCA avancée.

Au total, ce n'est que dans le cas régulièrement suivi qu'a pu être pratiquée une urétérolyse itérative permettant la survie du rein et du malade, puisque ce rein est le seul fonctionnel. Ultérieurement d'ailleurs, si l'uretère est à nouveau étranglé, sera effectué un remplacement total du conduit avec une anastomose iléo-calicielle.

Il faut encore remarquer que ces 4 récidives ont été

observées chez des malades opérés entre 1959 et 1964, donc à une époque où la technique d'intra-péritonisation de la totalité des uretères n'était peut-être pas encore bien mise au point.

Le pronostic rénal dû à l'extension de la plaque de fibrose peut également être jugé sur la bilatéralisation des formes initialement unilatérales.

Dans notre série, les 3 cas suivis ont bilatéralisé, respectivement :

- en 4 ans (Obs. III).
- en 3 ans (Obs. II).
- en 2 ans (Obs. IV).

Par conséquent, ces formes unilatérales, dont le pronostic est de toute évidence à priori d'autant meilleur que l'un des reins est initialement intact, doivent bénéficier d'une surveillance accrue si le traitement a porté sur le seul côté malade.

En fait, nous pensons que l'intra-péritonisation des 2 uretères pourrait plus sûrement encore mettre le parenchyme à l'abri des conséquences de l'extension de la fibrose, puisque celle-ci peut-être considérée comme inéluctable.

Pronostic quant à l'hypertension artérielle

Nous ne connaissons de chiffres utilisables de tension artérielle que dans 12 cas.

- 3 malades n'avaient pas d'hypertension artérielle au début de leur maladie et cette tension est restée normale (obs. I, VIII et XXI).

- 9 malades étaient hypertendus initialement. Les chiffres post-opératoires ont été retrouvés 8 fois.

- . 4 ont été améliorés franchement par l'urétérolyse (Obs. X, XI, XIII, XIV).

- . 4 n'ont été que peu ou pas améliorés (Obs. IV, VI, VII, IX).

Deux fois, la néphrectomie du rein resté muet a été faite sans influence notable (Obs. VII et IX).

Une fois, elle n'a pas été proposée en raison d'une reprise partielle de la fonction de ce rein pyélonéphritique (VI).

Dans le dernier cas (IV), le malade avait déjà subi une néphrectomie de l'autre côté, qui n'avait guère fait baisser les chiffres de l'hypertension.

La mesure de la pression artérielle fait également partie du bilan de surveillance du malade opéré. 5 fois, une élévation de cette pression a accompagné une récurrence ou une extension de la fibrose (Obs. II, IV, X, XI, XII).

Au total, l'hypertension artérielle, signe fréquent de la fibrose rétro-péritonéale, est améliorée dans environ 50 % des cas urétérolysés.

En cas de persistance d'un rein muet, la néphrectomie peut certes être proposée, tout en sachant qu'elle n'aura d'influence favorable que si l'hypertension n'est pas trop ancienne. Dans ce cas en effet, on sait que toute hypertension artérielle chirurgicalement curable, doit être opérée dans des délais assez rapides (3 à 5 ans), si l'on veut en attendre un bon résultat. Sinon, l'échec est quasi-inéluctable.

Pronostic de la plaque de fibrose

Il est indirectement jugé par le pronostic rénal.

Il est très difficile à déterminer avec précision. On peut cependant affirmer que la plaque a tendance à progresser peu à peu.

Nous avons vu en effet que les formes initialement unilatérales avaient bilatéralisé. De même, rappelons les 4 récurrences observées chez des malades ayant subi une urétérolyse bilatérale.

Nous ne pouvons cependant en conclure pour autant que, chez les 13 autres malades qui ont bénéficié du même traitement, la plaque de fibrose n'a pas progressé. En effet, chez ces derniers, l'intrapéritonisation a peut-être été assez étendue pour protéger la totalité des deux uretères.

La progression de la plaque peut-être explorée par des investigations radiologiques, notamment le lavement baryté et surtout la phlébographie cave-inférieure.

Dans notre série, 4 cavographies ont été faites :

Numéro de l'observation	Délai après la 1ère intervention	Résultats
XVI	Contemporaine	Compression de la terminaison de la veine iliaque primitive gauche.
VI	3 ans $\frac{1}{2}$	Normale. Il faut noter qu'il s'agit là d'une fibrose à la Méthysergide.
VIII	9 ans	Thrombose du tronc. Circulation collatérale, au niveau du rachis, de la veine ombilicale, sur l'axe génito-rénal et anastomose cavo-portale.
X	10 ans	Thrombose du tronc. Circulation collatérale très développée sous forme de plexus courant devant le rachis.

Il est intéressant de noter que sur les 2 sujets explorés après une décade, on a trouvé des lésions veineuses cave très graves, quoique sans traduction clinique.

Quant au colon sigmoïde, 3 fois (Obs. XII, XV, XVII) a été remarqué opératoirement un envahissement du méso par la plaque. Une fois (Obs. X), un lavement baryté pratiqué 10 ans après l'urétérolyse a trouvé un aspect figé de l'anse sigmoïde, sans que l'on puisse affirmer qu'il soit dû à une extension de la fibrose.

L'idéal, afin de tirer des conclusions formelles, serait de pratiquer, dès le diagnostic posé, avant l'intervention, une cavo-graphie qui donnerait une notion exacte de l'état initial de la veine cave inférieure. Cet examen serait ensuite renouvelé après 5 ans, permettant de juger d'une éventuelle extension de la compression, voire de la thrombose.

Nous pouvons néanmoins noter que, dans notre série, n'ont jamais été observées de complications cliniquement évidentes témoignant d'une compression autre qu'urétérale.

Enfin, devant l'impossibilité de prévoir l'évolution post-opératoire de la plaque, sachant en outre qu'elle ne saurait être chirurgicalement extirpable sans risques majeurs et qu'aucune régression spontanée n'a pu être constatée (à l'exception des fibroses à la Méthysergide), mais que, bien au contraire, une extension doit toujours être redoutée, nous pensons pouvoir conseiller la corticothérapie post-opératoire au long cours. Malheureusement, nous ne pouvons encore apporter aucun argument tangible sur l'action favorable de cette thérapeutique.

Nous avons tendance toutefois actuellement à favoriser l'action de la cortisone par une ablation assez large de la plaque avec un pelage péri-artériel mené toutefois avec circonspection.

Pronostic Vital

Nous allons tenter de le dégager à l'aide de 3 tableaux et 2 graphiques

I) Malades décédés

N° de l'observation	Délai après le 1ère Intervention	F. Unilatérale ou, bilatérale.	Nbre d'interventions subies.	Nature de ces Interventions	Age du Décès	Cause de la Mort.
III	II ans	Uni	3	- Urétérolyse du côté atteint - 12 jours après, néphrectomie. - 4 ans après, urétérostomie cutanée pour bilatéralisation.	65 ans	Septicémie à point de départ urinaire sur urétérostomie cutanée sur rein unique.
IX	3 ans	Bi	2	- Urétérolyse bilatérale en 2 temps. - 1 an après, néphrectomie pour non récupération et H T A.	48 ans	Cancer colique inextirpable.
XII	2 ans	Bi	I	- Urétérolyse bilatérale.	70 ans	Septicémie à pyocyanique sur pyélonéphrite par récidence chez un malade non suivi.
XIX	II ans	Bi	I	- Urétérolyse bilatérale.	71 ans	Infarctus du myocarde.
II	4 ans	Uni	3	- Urétérolyse du côté atteint - 4 ans après, urétérolyse contro-latérale pour bilatéralisation. - 5 mois après, complément d'urétérolyse.	66 ans	Arrêt cardiaque post-opératoire. (3ème intervention)
XVIII	1 mois	Bi	I	- Urétérolyse bilatérale en deux temps	75 ans	Epanchement uropurulent rétro-péritonéal par nécrose urétérale
XV	5 jours	Bi	I	- Urétérolyse bilatérale	65 ans	Péritonite post-opératoire.

Les trois derniers malades sont donc morts de complications post-opératoires. Nous les avons détaillés dans ce chapitre.

Parmi les 3 premiers : 2 sont décédés de septicémie à germes urinaires.

- L'un, 8 ans et demi après urétérostomie cutanée sur rein unique.
- L'autre, à l'occasion d'une récurrence 2 ans après chez un malade non suivi. Dans le déterminisme de cette septicémie, on peut incriminer une rétention ancienne sur un rein pyélonéphritique, malgré une montée de sonde urétérale alors pratiquée.

Quant au dernier malade, le cancer du colon droit qui l'emporta, va ouvrir la discussion avec les fibroses néoplasiques. Cependant, les constatations opératoires au cours de la néphrostomie gauche, puis de l'urétérolyse gauche avec intrapéritonisation, puis de l'urétérolyse droite avec intrapéritonisation, enfin de la néphrectomie droite, et surtout les 2 prélèvements biopsiques successifs effectués n'avaient jamais trouvé d'argument en faveur d'une malignité quelconque. Nous pensons donc pouvoir le ranger sans arrière pensée dans nos cas de fibrose idiopathique extensive, qui, par ailleurs, ne protège aucun malade contre les diverses affections auxquelles chacun est exposé.

A propos de cancer associé, citons ici la malade de l'observation XXI chez laquelle un cancer du sein fut dépisté 15 mois après l'urétérolyse bilatérale. Il s'agit d'une femme qui prenait de la Méthysergide et chez laquelle, là encore, la biopsie de la plaque n'avait trouvé aucun élément suspect de malignité. Signalons que cette malade est actuellement entrain de se mourir de métastases hépatiques.

8 malades vivants et suivis

Résultats actuels

N° de l'observation	Age lors de la 1ère opération	Recul	Nbre d'interventions subies	Nature de ces Interventions	Nbre de reins fonctionnels	Urée sanguine	Créatinine sanguine	T.A.
I	20 ans	12 ans	2	- Urétérolyse bilatérale - 5 ans après, néphrectomie D pour récursive.	I (G)	0,75 g/l	27 mg/l	15-7
VIII	41 ans	10 ans	2	- Urétérolyse bilatérale en 2 temps. Pas de récupération à droite - 10 ans après, urétérolyse gauche complémentaire pour récursive.	I (G)	0,73 g/l	30 mg/l	
XI	55 ans	7 ans	2	- Urétérolyse bilatérale. - 2 ans après, néphrectomie G pour récursive.	I (D)	0,30 g/l	16 mg/l	15-9
V	36 ans	6 ans	I	- Urétérolyse bilatérale.	2(G > D)	0,30 g/l		16-10
VI	60 ans	4 ans $\frac{1}{2}$	I	- Urétérolyse bilatérale.	2(D > G)	0,40 g/l	10 mg/l	15,5-9, 5
XXI	51 ans	4 ans	I	- Urétérolyse bilatérale + hystérectomie.	?	Irait bien sur le plan rénal, mais décès prochain prévu par métastases hépatiques d'un cancer du sein.		
XXII	42 ans	1 an $\frac{1}{2}$	I	- Urétérolyse bilatérale en 2 temps.	0	Aucune récupération . Dialyse chronique.		
XVI	43 ans	1 an	3	- Urétérolyse bilatérale - 1 mois après, résection unilatérale pour nécrose D. - 2 mois après, urétéro-iléo-plastie partielle D;	I (D)	0,53 g/l	17 mg/l	13-8

Au total, sur ces 8 malades dont le recul va de 1 an à 12 ans, 2 (soit 25 %) ont gardé leurs deux reins, mais de façon asymétrique ; 4 (soit 50 %) ont perdu un rein (2droits et 2 gauches) ; et 1 n'a récupéré aucun de ses reins, il vit grâce au rein artificiel.

7 malades suivis pendant un temps, puis perdus de vue.

- Résultats à la dernière consultation -

n° de l'obs.	Age lors de la 1ère opération	F. Unilatérale ou bilatérale	Délai de surveillance	Délai depuis la dernière consultation	Nombre d'interventions subies	Nature de ces Interventions.	Nbre de reins fonctionnels	Urée sanguine	Créatinine sanguine	T. A.
VII	47 ans	Bi	6 ans $\frac{1}{2}$	5 ans	2	- urétérolyse bilatérale. - 4 ans $\frac{1}{2}$ après, néphrectomie droite pour non récupération et HTA persistante.	I (G)	0,44g/l		19-13
IV	31 ans	Uni	2 ans $\frac{1}{2}$	9 ans	2	- Néphrectomie gauche. - 2 ans après, urétérolyse droite pour bilatéralisation.	I (D)	0,47 g/l		19-10
II	43 ans	Uni	1 an	5 ans $\frac{1}{2}$	I	- Urétérolyse droite.	2			
XIV	40 ans	Bi	6 mois	2 ans	I	- Urétérolyse bilatérale.	2(D > G)	0,63 g/l	22 mg/l	14-1
III	32 ans	Uni	3 mois	9 ans $\frac{1}{2}$	I	- Urétérolyse gauche.	2(D > G)			
XVII	59 ans	Bi	1 mois	4 ans	I	- Urétérolyse bilatérale	2 statiques)	1,16 g/l	74 mg/l	
XIII	50 ans	Bi	15 jours	9 mois	I	- Urétérolyse bilatérale	2(G > D)	0,75 g/l	31 mg/l	11-17

Au total, sur 3 malades suivis de 1 à 6 ans $\frac{1}{2}$, 1 seul a gardé ses deux reins, mais il s'agissait d'une forme unilatérale.

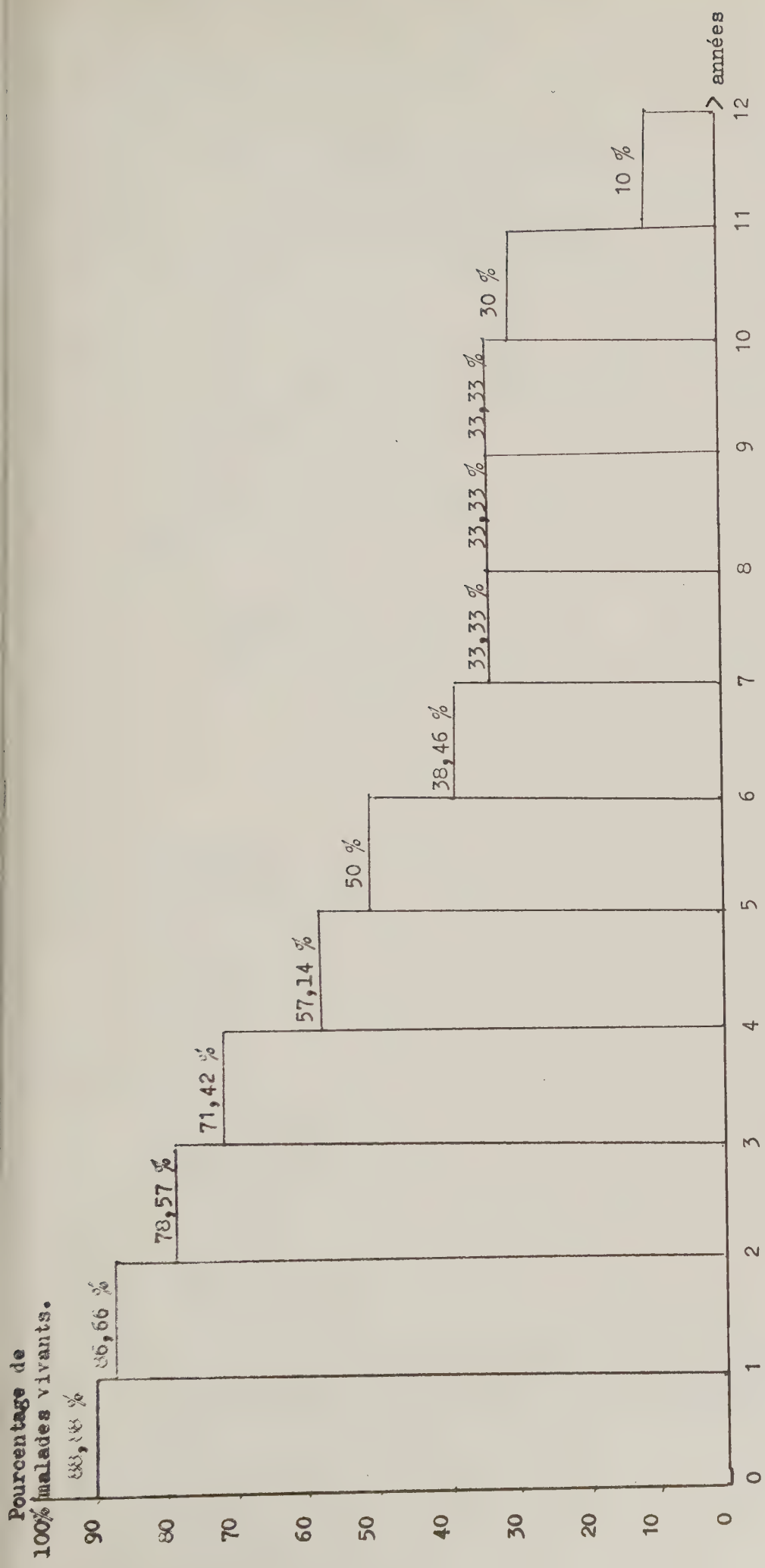
Si nous comparons ces résultats à la mortalité des fibroses néoplasiques étudiées par Louis SUBRINI dans sa thèse de 1970, nous voyons que la survie dans ce dernier cas, est d'en moyenne un an, avec un maximum de 5 ans.

D'après nos chiffres, dans la fibrose idiopathique, plus de la moitié des malades sont encore vivants 5 ans après et le tiers à 10 ans.

Le pronostic est donc foncièrement différent.

N° de l'observation	: Date de la 1ère inter- vention		Récul et résultats vital en années											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
III	août	1958	—————†											
AVIII	déc.	1958	— † 1 mois											
I	Janv.	1959	—————→											
VII	Nov.	1959	—————→ ::::::::::::::::::::::::::::::											
XIX	Janv.	1960	—————†											
IV	Mai	1960	—————→ ::::::::::::::::::::::::::::::											
XI	Mai	1961	—→ 3 mois ::::::::::::::::::::::::::::::											
VIII	Mai	1961	—————→											
II	Déc.	1961	—————†											
XII	Fév.	1963	——— †											
XI	Janv.	1964	—————→											
I	Août	1964	—→ ::::::::::::::::::::::::::::::											
V	Déc.	1964	—————→											
IX	Nov.	1965	—————†											
VI	Juil.	1966	—————→											
XVIII	Déc.	1966	—→ 1 mois ::::::::::::::											
XXI	Avril	1967	—————† à prévoir											
XIV	Nov.	1968	—→ ::::::											
XXII	Juin	1969	—————→											
XVI	Avril	1970	—————→											
XIII	Mai	1970	—→ 1 mois ::::::											
XV	Sept.	1970	—† 5 jours											

Légende : —————→ Malade suivi
 Malade non suivi
 † Malade décédé.



2

Décédés

Perdus de vue

Recul maxi-
mm

1

1

1

16	vivants	13	11	10	8	7	5	4	4	4	3	1
18		15	14	14	14	14	13	12	12	12	10	10

ELEMENTS DE SURVEILLANCE

POST-OPERATOIRE

Cette surveillance est indispensable. Les formes les plus graves touchent bien souvent des malades qui ont cru bon de ne pas s'y soumettre.

Les éléments de cette surveillance sont de trois ordres : clinique, radiologique, biologique. Ils doivent être étudiés tous les ans.

1) La clinique a deux mérites

a) Elle peut apprécier l'évolution de la plaque de fibrose

- directement, le toucher rectal peut retrouver cette plaque dans la région pré-sacrée.

- indirectement :

- . Les compressions vasculaires peuvent être dépistées.

Artérielles, par la recherche d'une hydrocèle, témoignant de l'envahissement du pédicule spermatique ;

par la palpation des pouls des membres inférieurs et la mesure des oscillations, renseignant sur l'état des artères iliaques.

veineuses par l'existence d'un syndrome de thrombose cave inférieure.

. l'envahissement d'autres organes sera guetté au niveau
du colon pelvien
du pédicule hépatique
du médiastin.

b) La mesure régulière de la tension artérielle est indispensable.

2) Biologiquement

a) La vitesse de sédimentation globulaire, souvent très accélérée avant l'intervention, chute après l'urétérolyse. La récédive s'accompagnera en règle d'une nouvelle élévation des chiffres.

- b) Les fonctions rénales seront appréciées par les dosages de l'urée et de la créatinine sanguines et la mesure de leur clearance.

3) Radiologiquement

- a) L'U I V annuelle donnera les meilleurs renseignements sur la morphologie et la fonction du haut appareil. C'est sur elle que l'on guettera une éventuelle extension de la fibrose, avec englobement d'un uretère dans son segment pelvien ou juxta-rénal, et que l'on mesurera le degré de la pyélonéphrite chronique ascendante.
- b) L'indication d'une cavographie systématique après 5 ans pourra être étendue, dans la mesure évidemment où la thrombose n'aura pas été découverte dès le premier examen.

Au total, c'est grâce à ce bilan annuel que l'on pourra au mieux et dans les meilleurs délais poser une nouvelle indication opératoire, soit de néphrectomie si la perte définitive d'un rein est mal tolérée, soit d'urétérolyse itérative ou d'urétéro-iléoplastie devant une extension de la plaque menaçant à nouveau la fonction rénale.

ELEMENTS DE PRONOSTIC GLOBAL

I) Les formes unilatérales sont sans doute de meilleur pronostic. Encore faut-il en faire le diagnostic et les soumettre à la même surveillance rigoureuse que les autres.

II) Dans les formes bilatérales

a) sont de mauvais pronostic

- l'âge avancé
- un rein muet depuis longtemps témoignant d'une sténose déjà ancienne où la pyélonéphrite interstitielle risque fort d'être irréversible.
- l'ignorance du diagnostic, qui retarde le traitement adéquat et qui a même pu conduire à une néphrectomie abusive, sans surveillance controlatérale.
- la multiplicité des temps opératoires qui, chez un malade est en insuffisance rénale chronique, compromet dangereusement la survie.
- l'absence de surveillance, qui laissera la maladie évoluer sans contre-partie chirurgicale salvatrice.

b) sont à l'inverse, de bon pronostic

- le jeune âge, qui permettra au malade de supporter plus aisément une intervention chirurgicale majeure.
- un diagnostic précoce, sur des reins encore peu touchés.
- un traitement bien adapté en un temps.
- des contrôles post-opératoires réguliers.

Obs. I

M. BOU 49 ans.

1964

Forme unilatérale droite. Urétérolyse. Récupération.

Perdu de vue.

Colique néphrétique droite. Tension artérielle normale.

Urée : 0,40 g/l. Rein droit muet.

Urétérolyse droite en août 1964

Récupération de la fonction rénale droite en septembre
1965 (UIV). Non revu depuis.

Obs. II

M. VER 61 ans

1961

Forme unilatérale droite. Urétérolyse. Bilatéralisation en 4 ans.
Décédé (4 ans) dans les suites de l'urétérolyse gauche.

Admis le 1/12/1961 pour douleurs lombaires droites. Altération
de l'état général. Tension Artérielle : 17-10 ; urée : 0,55 g/l.

U I V : rein droit muet

rein gauche normal.

U P R droite : Sténose de l'uretère iliaque, avec dilatation sus-
jacente. Le diagnostic de sténose tuberculeuse est évoqué. Une
lombotomie décidée pour juger de l'état du rein.

8/12/1961 : Lombotomie droite. Rein d'aspect normal. Uretère
lombaire dilaté. Pression : 40 cm d'eau. Au niveau des vaisseaux
iliaques, l'uretère est englobé dans une gangue dure et blanchâtre.
Il est libéré facilement le plus loin possible. Mise en place d'une
sonde urétérale.

C R histologique : Scléro-lipomatose péri-urétérale remarquable par
l'intensité des phénomènes inflammatoires.

30/12/1961 : U I V. Bon fonctionnement du rein droit. Rein gauche
normal. Le malade est convoqué Trois fois après la 1ère intervention
pour urétérolyse gauche et intra-péritonisation des deux uretères.
Il ne répond pas à la convocation.

Il revient le 2/10/1964 pour altération importante de l'état général,
Tension Artérielle : 23-12 ; Urée : 0,80 g/l. Cléarence de l'urée :
30 ml/lmm.

U I V : rein droit muet. Quelques boules calicielles à gauche de
la 3ème heure.

Scintigraphie : bonne fonction gauche. Rein droit pratiquement
muet.

14/10/1965 : - U P R gauche: sténose de l'uretère lombaire et iliaque.
Aspect typique de fibrose.

- Néphrostomie trans-pyélique gauche. Parenchyme épais.
Bassin et uretère dilatés. Urines claires sous pression. L'uretère lombaire bas et iliaque est engainé dans un tissu scléreux adhérent intimement aux vaisseaux iliaques.

Urétérolyse. Intra-péritonisation. Sonde urétérale.

Suites opératoires : diurèse importante par la sonde de néphrostomie.

Iléus paralytique pendant 5 jours.

L'urée sanguine oscille entre 1 et 2 g/l pendant 4 semaines malgré une diurèse satisfaisante (1 à 2 l/j) et une concentration uréique de 10 g/l en moyenne. Pyélographie descendante le 24/2/1965 :

Persistante d'une sténose segmentaire au niveau de l'uretère iliaque, non libéré et non intra-péritonisé.

A partir du 30/2/1965, l'urée sanguine se stabilise autour de 0,50 g/l. L'état général s'améliore. La tension artérielle est à 12-7. Le malade reprend du poids.

Revu le 8/1/1966 : Bon état général. Urée 0,56 g/l V S : 12-29.

Revu le 18/1/1966. Azotémie à 2,30 g/l. L'état général est cependant satisfaisant. La diurèse abondante (21/24h). Il s'agit d'une hyperazotémie extra-rénale, qui, très rapidement, sous l'effet d'un apport hydrique et salé convenable, se stabilise à 0,60 g/l. On décide de libérer l'uretère iliaque gauche.

2/3/1966. Montée d'une sonde urétérale gauche jusqu'à 30 cm. Incision inguino-iliaque gauche avec ouverture du péritoine. L'uretère intra-péritonisé s'est recouvert d'un voile membraneux qui l'applique sur le péritoine pariétal en dehors du colon. Libération de l'uretère iliaque. Aspect typique de fibrose recouvrant les vaisseaux iliaques qui se trouvent cimentés et indisséquables.

L'urétérolyse se fait sur plus de 5 cm et retrouve l'uretère en zone saine. L'uretère est intra-péritonisé dans la gouttière pariéto-colique et mis au contact du colon. Paroi du nylon.

Au moment des premiers signes du réveil, arrêt cardio-respiratoire.

Massage cardiaque externe, efficace après 55 minutes. Nouvel arrêt cardiaque. Massage de 17 minutes. Reprise des battements. De nombreux chocs de défibrillation ont été nécessaires. Respiration entretenue par l'appareil d'Engström. Décédé le 7 mars 1966.

CR histologique : les vaisseaux pré-vertébraux sont enserrés dans une gangue de sclérose prédominant sur les vaisseaux iliaques. Petit rein droit. L'uretère est enserré jusqu'au pelvis. Gros rein gauche. Uretère gauche perméable.

Obs. III

M. OLD 54 ans

1958

Forme unilatérale droite. Urétérolyse puis néphrectomie. Extension à gauche en 3 ans. Urétérostomie cutanée. Décédé (11 ans).

Depuis 1 an, douleurs abdominales et lombaires droites. Urines troubles.

Urée sanguine : 0,25 g/l. U I V rein droit muet, de grande taille.

Rein gauche normal. U P R le 28/8/1958 : sténose urétérale en regard de 15. Cavités droites très dilatées.

29/8/1958 : Lombotomie droite. Urétérolyse sous couvert de néphrotomie.

Histologie : Fibrose rétro-péritonéale idiopathique extensive. Pas de récupération.

10/9/1958 : Néphrectomie d'un petit rein scléreux.

Histologie : Néphrite interstitielle importante avec endartérite.

Mars 1961 : Insuffisance rénale avec urée à 1,80 g.

U P R : Extension de la fibrose à gauche

Mars 1961 : Lombotomie gauche. Urétérostomie cutanée.

23/10/1962 : Urée sanguine : 0,76 g/l. Clearence : 20 ml/mn.
Le malade refuse l'iléo-urétéro-plastie proposée.

12/11/1965 : Pyélonéphrite aiguë gauche, améliorée sous traitement médical.

1/3/1966 ; Urée : 0,70 g/l.

29/11/1967 : Asthénie . Urée sanguine : 0,94 g/l. Créatininémie : 15 mg/l.

20/11/1969 : Depuis 2 mois, altération de l'état général.

Etat de choc toxico-infectieux, avec diurèse conservée et azotémie à 2,80 g/l. Il s'agit d'une septicémie à protéus sans doute d'origine urinaire puisque ce genre est également trouvé à l'uroculture. Sous l'effet du traitement médical, une amélioration est obtenue, mais un 2^e état de choc infectieux survient, celui-ci irréversible et le malade décède le 26/11/1969.

Obs. IV

M. C 62 ans

1960

Forme unilatérale gauche. Néphrectomie. Bilatéralisation en 2 ans. Urétérolyse droite. Perdu de vue.

Mai 1960. Douleurs du Flanc gauche depuis 2 ans, pyurie à colibacille. Fièvre récente. Gros rein gauche. Tension Artérielle : 21-12
U I V : rein gauche muet. Rein droit normal, avec uretère fin.

16/5/1960 : Néphrectomie gauche (néphrite interstitielle + distension des cavités excrétrices).

Tension Artérielle de sortie : 18-10.

Revu en juin 1962 pour douleurs du flanc droit.

Urée sanguine : 0,65 g/l. Clearence de l'urée : 40 ml/mn.

Tension artérielle : 20-12. U I V : Stase pyélo-calicielle et urétérale supérieure droite.

6/6/1962 : Urétérolyse droite et intrapéritonisation par lombotomie.

Revu en décembre 1962 : discrète distension de la voie excétrice droite.

Urée sanguine : 0,47 g/l. Urines claires.

Tension artérielle : 19-10.

Obs. V

M. IVA 36 ans

1964

Forme bilatérale. Récupération des 2 reins. Recul de 6 ans

Depuis 1963 : Douleurs lombaires et abdominales vagues. Troubles digestifs.

U I V le 10/10/1963. Attraction de l'uretère lombaire droit vers le rachis. Mais fonctionnement rénal satisfaisant.

Episode de pyélonéphrite aigüe droite ; sous l'influence d'un traitement anti-infectieux, tout rentre dans l'ordre.

U I V systématique en novembre 1964 : (urée sanguine 0,46 g/l) : Rein droit muet. Rein gauche normal mais attraction de l'uretère sous-pyélique vers le rachis.

Diagnostic : Fibrose rétro-péritonéale idiopathique extensive.

5/12/1964 : Urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation
Corticothérapie post-opératoire , 5 mg/jour.

Juin 1965 : Urée : 0,46 g/l. U I V normale.

Mars 1966 : Tension Artérielle : 13 ; Urée sanguine : 0,40g/l.
V S : 5-13.

Août 1966 ; Tension Artérielle : 14-8. Urée sanguine : 0,48 g/l.
V S : 45-82.

Clearance de l'urée : 45 ml/mn.

Clearance de la créatinine : 114 ml/mn.

U I V : à droite : rein de dimension normale. Nette amélioration de la distension ; coude important à l'entrée de l'uretère de le péritoine. Evacuation tardive satisfaisante.

à gauche : récupération fonctionnelle. Sécrétion un peu pâle, mais rein nettement diminué de volume.

Corticothérapie : 15 mg/jour, arrêtée fin 1966.

Suivi régulièrement en Yougoslavie.

Vu en novembre 1970 (+ 6 ans). Tension Artérielle : 16-10.

Poids : 100 kg.

V S : 6-14. Urée : 60.

U I V : retrouve l'asymétrie de taille des reins, mais excellent fonctionnement des 2 côtés avec voies excrétrices parfaitement libres.

Néphrogramme isotopique : le rein droit vaut la moitié du rein gauche.

Obs. VI

Mme BER 60 ans

1966

Forme bilatérale. Bon résultat des 2 côtés. Recul de 4 ans et demi.

Vue en 1966 pour bilan d'un H T A depuis 4 ans et, depuis quelques mois : douleurs abdominales et lombaires gauches. Altération de l'état général.

7/6/1966 : U I V : rein gauche muet et rétention pyélo-calicielle droite.

Prend de la Méthysergide depuis 2 ans pour migraines.

Urée sanguine : 0,63 g/l. Clearance de l'urée : 24 ml/mn.

Tension Artérielle : $\simeq$ 16-10 avec des poussées à 25.

Clearance de la créatinine : 45 ml/mn. V S : 67-99.

15/7/1966 : Cavographie normale.

19/7/1966 : UPR : Sténose bilatérale au niveau de la 5ème lombaire.

20/7/1966 : Urétérolyse bilatérale et intra-péritonisation.

8/8/1966 : U I V : le rein gauche, petit fonctionne bien, **mais la** sécrétion est pâle et l'aspect est celui d'une pyélonéphrite chronique ascendante.

cavités normales à droite.

Revue régulièrement. Corticothérapie 15 mg/jour, puis 10 mg/jour pendant un an.

26/1/1970 : Tension Artérielle : 15-9 sous Normatensyl.

Urée sanguine : 0,59 g/l. Clearance : 43 ml/mn. V S : 12.

Créatinine : 15 mg/l. Clearance : 88 ml/mn.

U I V bonne

Cavographie normale.

18/1/1971 : U I V inchangée

- urée sanguine : 0,40 g/l. Clearance : 36 ml/mn.

- créatinine 10 μ g/l. Clearance : 83 ml/mn.

A toujours ses migraines, qu'elle traite à l'Optalidon

Tension Artérielle : 16, 5-9,5.

Obs. VII

M. DU André. 47 ans.

1959

Forme bilatérale. Pas de récupération à droite. Néphrectomie droite pour H T A (suivi 6 ans, non suivi depuis 5 ans).

Altération E G. hydrocèle bilatérale depuis quelques mois.

en 1959 : Urée sanguine : 0,64 g/l. Tension Artérielle : 22-12 (normale au paravant).

U I V : rein droit muet.

Dilatation importante de l'uretère lombaire et des cavités pyélocalicielles gauches.

27/8/1959 : U P R : sténose des uretères lombaires.

4/11/1959 : Urétérolyse bilatérale et intra-péritonisation

U I V post-opératoires : très faible, sécrétion à droite.

Novembre 1959, mars 1961, décembre 1961 : cavités fines et normales à gauche.

l'H T A persiste à 19-20 ; le malade refuse la néphrectomie.

Il l'accepte le 13/5/1964 : néphrectomie droite : rein petit, enfoui dans une gangue scléreuse. Athérome de ses 2 artères.
Pas de sclérose autour de l'uretère lombaire.
Tension Artérielle : 14-8.

4/8/1964 : Tension Artérielle : 20-10. U I V : excellente fonction gauche.

8/3/1966 : Urée : 0,44 g/l. Clearance de l'urée : 44 ml/mn.

Tension Artérielle : 19-13 : clearance de la créatinine 100 ml/mn.

primitive droite et probablement de la veine iliaque gauche qui n'est plus du tout visible. Importante circulation de suppléance au niveau du rachis, de la veine ombilicale, sur l'axe génito-rénal, et anastomose cavo-portale (clichés n° 7 et 8).

28/9/1970 : Urétérolyse gauche complémentaire dans le segment sous-pyélique et intra-péritonisation dès la sortie du hile rénal. La plaque de fibrose s'approche toutefois dangereusement de l'uretère et il est probable qu'il sera de nouveau étranglé. La dilatation des cavités favorisera alors une anastomose iléo-calicielle.

10/10/1970 : Urée sanguine 0,84 g/l. Sort avec un traitement de Cortancyl à raison de 10 mg/jour pendant 4 mois.

Revu le 19/1/1971. Va très bien.

Urée : 0,73 g/l. Cholangiographie normale.

Créatinine : 30 mg/l. Clearance : 38 ml/mn.

U I V : Nette régression de la stase gauche. Elle est même moins accentuée que sur l'U I V du 6/9/1968 (cliché n° 9).

Le malade est sous anti-coagulants depuis sa phlébite gauche et sous Cortancyl à raison de 10 mg/jour, 2 mois sur 3.

A noter que ce malade a pris beaucoup d'Aspirine (3 à 4c/jour, 9 mois par an pendant 10 ans). La Tension Artérielle étant restée normale, l'ablation du rein droit n'a pas été proposée.

Obs. IX

M. ROU 45 ans
1965

Forme bilatérale avec perte d'un rein d'emblée. Urétérolyse en 2 temps, Néphrectomie droite, Cancer du colon ascendant 3 ans après, inextirpable. Décédé.

Depuis un an, douleurs lombaires + amaigrissements.

13 octobre 1965 : U I V : rein droit muet.

très importante distension des cavités pyélo-calicielles et de l'uretère sous-pyélique gauche.

Urée sanguine : 0,50 g/l.

Tension Artérielle : 19-11.

29/10/1965 : Néphrostomie gauche. Urée sanguine 0,75 g/l.

24/11/1965 : Urétérolyse gauche et intra-péritonisation par voie latérale.

20/12/1965 : Bon état général et local. Urée : 0,92 g/l.

24/ 2/1966 : Urée : 0,79 g/l.

U I V : cavités gauches fines, ainsi que l'uretère.

8/ 3/1966 : Urétérolyse droite et intrapéritonisation par lombotomie. Le rein est conservé car petit, mais lisse. A la biopsie, néphrite interstitielle chronique.

5/ 7/1966 : Calices gauches légèrement dilatés, pâles. Tension Artérielle : 14-8.

28/ 1/1967 : Tension Artérielle : 20-11. Urée : 0,57 g/l. Clearence: 30ml/mn.
Créatinine : 23,5 mg/l. Clearence: 60ml/mn.

13/ 7/1967 : L'hypertension artérielle persistant, on pratique une néphrectomie droite par lombotomie.

On retrouve la fibrose lors de la pénétration intra-péritonéale de l'uretère.

Histologie : Hydronéphrose.

Néphrite interstitielle chronique détruisant le rein.

25/ 9/1967 : Tension Artérielle : 18-10.

16/ 9/1968 : Après un épisode fébrile et douleur du flanc droit, découverte

d'une tumeur abdominale dans le flanc droit, qui, au lavement baryté s'avère correspondre à un cancer du colon ascendant.

Urée : 0,95 g/l. Tension Artérielle : 16-9.

U I V : haut appareil gauche fin, secrétant normalement; avec refoulement du groupe caliciel inférieur.

14/10/1968 : Opéré à l'Hopital Rotschild.

Petite ascite. Enorme tumeur inextirpable du colon droit, avec adénopathies. Métastases hépatiques diffuses. Iléo-transversostomie latéro-latérale.

Sorti le 25/10/1968 avec traitement antimitotique.

N. B. : sur les deux biopsies de la plaque rétro-péritonéale, pratiquées le 24/11/1965 et le 8/3/1966, il n'avait été vu aucun signe de malignité, mais seulement une "lipo-sclérose rétro-péritonéale, siège d'une réaction inflammatoire subaigüe évolutive".

Obs. X.

M. GAR 50 ans

1959

Forme bilatérale. Récidive unilatérale. Néphrectomie droite. Recul de 12 ans.

Depuis 1 an, douleurs lombaires et abdominales. Amaigrissement de 28 kg.

Insuffisance rénale. Urée : 1,20 g/l. Tension Artérielle : 16-9.

U I V : Rein droit muet. Distension gauche.

14/ 1/1959 : Urétérolyse bilatérale et intra-péritonisation. Suites simples.

Mis 4 mois sous Cortancyl.

17/10/1959 : A repris 26 kg. Urée : 0,65 g/l. Clearence : 12 ml/mn.

Va bien pendant deux mois.

28/12/1961 : U I V : sécrétion bilatérale précoce. La dilatation a disparu.

Tension Artérielle : 13,5-8.

Le malade est alors perdu de vue.

Revu le 27/8/1965 : Hypertension Artérielle labile bien supportée.

U I V : rein droit muet.

rein gauche normal.

U P R le 3/9/1965 : à gauche normal (déviation caractéristique
à l'intra-péritonisation).

à droite : sténose urétérale étendue,
hydronéphrose.

8/ 9/1965 : Néphrectomie droite. Rétention purulente de 250 g.

La fibrose remonte jusqu'à 3 cm de la jonction pyélo-urétérale.

Histologie : Néphrite interstitielle chronique, lésant massivement le rein.

Suites opératoires : phlébite du membre inférieur droit.

Depuis, le malade est sous anti-vitamine K.

8/ 3/1966 : Urée : 0,66 g/l. Clearence : 28 ml/mn.

U I V : sécrétion pâle ; calices non dilatés.

Uretère lombaire légèrement stasique.

Tension Artérielle : 19-13.

Suivi régulièrement.

Dernier bilan en décembre 1969 à l'occasion de lipothymies et d'asthénie.

Pouls distaux perçus aux membres inférieurs. Oscillations normales.

Oedème chronique du membre inférieur droit.

Tension Artérielle : 15-7. Tombe à 10-5 après 3 jours de régime désodé.

Hydrocèle droite.

T R : infiltration pré-sacrée sans voussure.

U I V : le rein gauche a une sécrétion un peu pâle. Cavités non dilatées.

Le contour du rein est encoché d'incisures témoignant sans doute d'une néphropathie interstitielle chronique.

Cavographie : Thrombose complète du tronc de la V C I avec une circulation collatérale très développée, sous forme de plexus courant devant le rachis.

Lavement baryté : pas de compression du rectum ou du sigmoïde. Le colon pelvien est cependant curieusement déroulé, mais il est difficile de dire si la fibrose est responsable de cet aspect.

Urée : 0,75 g/l.

Créatininémie : 27 mg/l.

V S : 4-14.

Au total, ce malade garde une insuffisance rénale parfaitement stable et bien tolérée.

Il a une néphropathie interstitielle chronique avec perte de sel.

Il n'y a pas de signes d'évolution de sa fibrose.

L'explication la plus vraisemblable de ses lipothymies et de l'asthénie relève de malaises hypovolémiques dus à un régime trop peu salé.

Le malade a écrit récemment (mars 1971) pour nous signaler qu'il se porte bien.

Obs. XI

Mme ZH 55 ans

1964

Forme bilatérale. Récidive unilatérale. Néphrectomie. Recul de 7 ans.

Depuis 4 ans, Hypertension Artérielle à 18-10.

Depuis 1 an, Méthysergide pour migraines (1c/jour).

Depuis 2 mois, douleurs lombaires et pelviennes. Pyurie à Colibacille.

28/12/1963 : Urée 1g/l. Clearence : 10 ml/mn.

V S : 90-127.

Tension Artérielle : 23-12

Gros rein droit palpable.

16/ 1/1964 : U P R : étranglement bilatéral des uretères.

montée facile de sondes urétérales. Urines sous pression, limpides à droite, troubles à gauche.

21/1 /1964 : Urée : 0,60 g/l. Le rein gauche vaut le 1/4 du droit.

21/1/ 1964 : Urétérolyse bilatérale et intra-péritonisation. Biopsies rénales : néphrite interstitielle chronique, suites simples.

5/ 2/1964 : Urée : 0,60 g/l. Tension Artérielle : 12-8.

V S : 7-17.

U I V : excellente opacification du rein droit à parenchyme épais.

Cavités gauches vues tardivement et très peu opaques.

25/10/1964 : Tension Artérielle : 18-10.

14/ 3/1966 : Urée : 0,30 g/l.

U I V : rein droit normal

rein gauche muet.

U P R gauche : sténose urétérale très étendue.

18/ 3/1966 : Néphrectomie gauche. A 6cm du rein, l'uretère s'engage dans un bloc de sclérose.

Anatomie pathologique : pyélonéphrite chronique très avancée

Suivie régulièrement : Tension Artérielle = 15-9.

Migraines épisodiques violentes (prend Gynergène caféiné et Aspirine).

U I V du 14/3/1970 : rein droit restant excellent.

Uretère fin.

Labo du 13/10/1970 : V S : 7-22.

Urée : 0,30 g/l. Clearence : 63 ml/mn.

Créatinine : 16 mg/l. Clearence : 82 ml/mn.

Obs. XII

M. SUS 68 ans
1963

Forme bilatérale. Récidive pelvienne deux ans après. Décédé à 2 ans.

Depuis 6 mois, douleurs abdominales diffuses. Constipation et vomissements.
Amaigrissement. Urée : 1 g/l. Tension Artérielle : 16-9.

17/ 1/1963 : U P R bilatérale

5/ 2/1963 : Urétérolyse bilatérale et intra-péritonisation. (il y a deux
uretères gauches).

La fibrose s'infiltré dans la racine du méso-sigmoïde et
remonte à gauche jusqu'au hile du rein.

Corticothérapie post-opératoire pendant un mois.

3/ 3/1963 : Urée : 0,30 g/l. Clearance : 35 ml/mn.

23/ 4/1963 : Va bien. A grossi de 11 kg. Urée : 0,50 g/l.

U I V en mai 1963 : le rein gauche fonctionne moins bien que le droit.

Perdu de vue pendant 2 ans.

3/ 3/1965 : Altération de l'état général. Urée : 1,32 g/l.
Tension Artérielle : 20-10.

13/ 6/1965 : U P R : sténose bilatérale des uretères pelviens. Montée
facile de sondes. Apparition d'une septicémie à Pyocyanique.

16/ 6/1965 : Néphrostomie droite.

Le syndrome infectieux persiste. Chute de diurèse.

Décédé le 23/6/1965.

Nécropsie : la fibrose envahit complètement le pédicule rénal
gauche.

L'uretère gauche est distendu et rempli de pus.

Obs. XIII

M. FLO 50 ans

1970.

Forme bilatérale, prédominant à droite. Perdu de vue depuis 9 mois.

Depuis 2 ans : céphalées et asthénie.

Depuis 6 mois : douleurs lombaires, amaigrissement. Troubles digestifs.

Mars 1970 : H T A à 22-10, avec insuffisance rénale.

Urée : 2,20 g/l.

Créatinine : 86 mg/l. Clearence : 15 ml/mn.

V S : 100-139.

U I V le 15/5/1970 : petit rein droit à sécrétion très pâle.

Gros rein gauche avec importante dilatation urétéro-pylo-calicielle jusqu'à L 4. Uretères pelviens fins.

27/5/1970 : Urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation. (la plaque est importante à droite).

Suites simples.

A la sortie : Pyurie à Cloaca. Tension Artérielle : 11-7.

Rein droit très peu fonctionnel.

17/6/1970 : Urée : 0,75 g/l. Clearence 15 ml/mn.

Créatinine: 31 g/l. Clearence 33 ml/mn.

Obs. XIV

M. DIE 40 ans

1968

Forme bilatérale prédominant à gauche. Récupération. Perdu de vue après 6 mois.

Lombalgies, amaigrissement. H T A : 21-10. Hyperazotémie : 1,30 g/l

Créatinine : 73 mg/l.

Sténose gauche infranchissable par la sonde urétérale.

6/11/1968 : Urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation.

Suites simples.

13/ 5/1969 : Urée : 0,63 g/l.

Créatinine : 22 mg/l. Clearence : 84 ml/mn.

Tension Artérielle : 14-10. V S : 12-21.

25/ 5/1969 : U I V : très bon rein droit.

rein gauche plus petit pyélonéphritique.

Obs. XV

M. LUT 65 ans

1970

Forme bilatérale. Néphrostomie. Urétérolyse. Décès post-opératoire.

Insuffisance rénale majeure avec anurie à éclipses en août 1970.

12/8/1970 : Tentative de montée de sondes impossible.

13/8/1970 : U P R : aspect de fibrose.

U I V sous perfusion : début d'opacification à gauche.

16/8/1970 : Anurie.

Nouvelle tentative de cathétérisme urétéral : les sondes butent des deux côtés à 3 cm du méat.

Néphrostomie gauche. Aspect opératoire de fibrose confirmé par la biopsie.

Biopsie rénale : néphrite interstitielle.

Suites opératoires : ischémie myocardique antéro-latérale gauche, qui régresse totalement.

9/9/1970 : Urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation.

La plaque s'étend dans le méso-sigmoïde. Le colon pelvien est porteur d'une petite tumeur de la taille d'une noisette. On résèque celle-ci à minima sans interrompre la continuité.

(histologiquement, il s'agissait d'une péri-sigmoïdite suppurée sur diverticulose colique).

14/9/1970 : Collapsus, douleurs abdominales, météorisme.

Fibrillation. Décès.

Nécropsie : Péritonite purulente par lâchage de la suture colique.

Abcès sous-hépatique.

Pyélo-néphrite aigüe développée sur des lésions de pyélo-néphrite chronique compliquée de péri-néphrite.

Cardiopathie de type ischémique.

Broncho-pneumonie à foyers disséminés.

Cas. XVI

M. DEN 43 ans

1970

Forme bilatérale avec rein gauche détruit. Fistule urétérale droite post-opératoire. Echec de la réintervention conservatrice. Urétéro-iléoplastie segmentaire. Recul de 1 an.

Il y a 20 ans, colique néphrétique gauche, sans expulsion de calcul.

En février 1970, colique néphrétique gauche.

Début avril 1970, coliques néphrétiques droites, urines claires, pas de calcul.

U I V le 9/4/1970 : rein gauche muet.

dilatation pyélo-calicielle droite avec attraction de l'uretère lombaire en dedans.

du 17 au 19/4/1970 : anurie spontanément résolutive.

23/4/1970 : Cavographie : compression de la terminaison de la veine iliaque primitive gauche.

28/4/1970 : Montée de sondes urétérales. U P R : sténose étendue sur 5 cm de l'uretère droit, sur 8 cm de l'uretère gauche.

28/4/1970 : Urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation.

Ablation large de la plaque en laissant sa partie médiane. Suites immédiates simples. Sort le 14/5/1970 avec 15 mg de Cortancyl.

27/5/1970 : Apparition d'un syndrome péritonéal aigu, dû à un uro-péritoine. L'U I V faite d'urgence le 30/5/1970, montre qu'il est dû à une fistule urétérale droite. A noter une néphrographie gauche précoce, avec sécrétion mal visible et boules.

31/5/1970 : Ré-intervention d'urgence après U P R bilatérale qui confirme le diagnostic. Incision oblique du flanc droit.

Nécrose de l'uretère sur 5 cm dans son trajet rétro-caecal. Résection. Anastomose termino-terminale sur sonde urétérale, sous néphrostomie mais une fuite urinaire minime, persiste comme le montrent les pyélographies descendantes.

22/7/1970 : Tentative de cathétérisme urétéral droit : toutes les sondes butent à 15 cm.

27/7/1970 : Urétéro-iléo-plastie partielle droite avec anastomose iléo-vésicale.

Suites simples.

Revu le 15/10/1970 : Urée : 0,45 g/l.; Clearence : 46 ml/mn.

Créatinine : 12,6 mg/l ; Clearence : 108 ml/mn.

U I V : légère dilatation pyélo-calicielle droite.

Bonne évacuation.

Très légère néphrographie gauche.

13/1/1971 : Va très bien. A grossi de 10 kg.

Créatinine : 17 mg/l. Clearence : 120 ml/mn.

Urée : 0,53 g/l.

Tension Artérielle : 13-8.

U I V : excellente fonction du rein droit, fonctionnellement unique.

Obs. XVII

Mme PAP 59 ans

1966

Forme bilatérale. Perdue de vue.

Depuis 3 ans, insuffisance rénale.

Depuis 6 ans, H T A. En 1961, accident d'hémi-parésie gauche, régressif.

Decembre 1966 : Urée : 1,90 g/l.

Créatinine : 62,5 mg/l.

Tension Artérielle : 13-10.

U I V : aspect de fibrose, avec hydronéphrose bilatérale.

20/12/1966 : U P R : aspect typique de fibrose.

montée facile de sondes urétérales.

23/12/1966 : Médiane xypho-pelvienne. La fibrose envahit le méso-colon pelvien, le sigmoïde lui-même qui présente de gros nodules blancs, ainsi que le rectum, l'ovaire et la trompe gauches. Des biopsies extemporanées ne révèlent aucun signe de malignité ; on pratique une urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation.

L'histologie confirme la fibrose idiopathique.

Dans les suites opératoires, embolie pulmonaire, et phlébite du membre inférieur gauche.

17/1/1967 : U I V : persistance d'une stase.

18/1/1967 : Urée : 1,16 g/l.

Créatinine : 74 mg/l.

Pyurie à Pyocyanique.

Sort le 20/1/1967, avec anticoagulants et corticoïdes (30 à 40 mg de Cortancyl).

Jamais revue.

Obs. XVIII

M. GUI 75 ans.

1958

Forme bilatérale, à début droit. Urétérolyse en 2 temps par voie iliaque.
Mort par nécrose urétérale (1 mois).

Depuis 6 mois, douleurs abdominales avec amaigrissement.

En avril 1958 : urée sanguine normale.

U I V interprétée comme normale. En fait, stase discrète
du côté droit avec attraction médiane de l'uretère lombaire.

En octobre 1958 : Apparition de signes urinaires transitoires.

Urée : 1,20 g/l.

U P R droite : encoche à L5. Dilatation sus-jacente.

16/12/1958 : U P R bilatérale.

à gauche, pression 44 cm d'eau

à droite, pression 38 cm d'eau.

Sténose bilatérale étendue au niveau de L4-L5 avec dila-
tation sus-jacente.

26/12/1958 : Urée : 1,70 g/l.

27/12/1958 : Urétérolyse droite par voie iliaque droite avec résection
d'une virole urétérale suivie d'anastomose termino-terminale.

Interposition d'un matelas graisseux rétro-péritonéal entre
l'uretère et la zone de fibrose.

Sonde urétérale.

29/12/1958 : Urée : 1,05 g/l.

7/ 1/1959 : Même technique à gauche, sans résection urétérale.

18/ 1/1959 : Ablation des sondes urétérales.

Deux jours plus tard, anurie obligeant à une montée de sondes, recueillant
du pus à gauche et de l'urine plus claire à droite.

Le syndrome infectieux se développe et le malade meurt le 25/1/1959.

A l'autopsie, nécrose urétérale droite avec épanchement uro-purulent rétro-
péritonéal. Rein droit en état de pyonéphrite, rein gauche scléro-atrophique.

La fibrose englobait à la fois l'aorte, la veine cave inférieure et les
2 uretères.

Obs. XIX

M. CRE 60 ans

1960

Forme bilatérale. Nécrose urétérale gauche, non traitée. Décédé 11 ans après, d'un infarctus du myocarde.

Homme de 60 ans qui après plusieurs mois de troubles digestifs présente le 17/12/1959, une anurie cédant spontanément en 48 heures.

L'azotémie est alors de 1,85 g. L'urée revient à 0,25 g en 10 jours.

5/1/1960 : U I V : rein droit muet, avec discrète néphrographie tardive dilatation urétéro-pyélo-calicielle gauche au-dessus du promontoire.

20/1/1960 : U P R :

Des 2 côtés sténose urétérale au niveau de L4-L5.

Pression intra-pyélique : 46 cm d'eau à gauche.

34 cm d'eau à droite.

21/1/1960 : Par médiane, Urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation.

Les suites opératoires sont bonnes jusqu'au 14ème jour, au moment de l'ablation des sondes urétérales. Dès lors, apparition de fièvre et élévation de l'azotémie à 1g. Une nouvelle U P R montre une nécrose de l'uretère gauche (côté du meilleur rein) avec constitution d'un phlegmon uro-purulent. Il est impossible de cathétériser le bout supérieur par voie endoscopique et le malade refuse la néphrostomie qui lui est proposée.

1 mois après l'intervention, le malade est apyrétique, les urines limpides, l'azotémie à 0,70 g. Il est probable que ce malade a vécu sur son seul rein droit.

Non revu malgré la convocation.

Mais l'on sait que ce malade est décédé le 20/2, 1971 des suites d'un infarctus du myocarde en novembre 1968.

Obs. XX

M. GUE 32 ans

1961

Forme unilatérale droite. Non revu.

Septembre 1960 : Cure d'hydrocèle droite.

Février 1961 : Apparition de troubles sexuels : absence d'éjaculation
au cours du coït, et douleurs lombaires.

26/4/1961 : Urée sanguine : 0,25 g/l.

2/5/1961 : U I V :

rein gauche muet, avec néphrographie tardive.
rein droit normal. A noter que l'uretère, très
fin, est attiré vers le rachis.

3/5/1961 : U P R gauche : sténose de l'uretère au niveau 14.

9/5/1961 : Urétérolyse lombaire gauche par lombotomie, avec intra-
péritonisation.18/8/1961 : U I V : sécrétion bilatérale précoce. Les cavités gauches
sont fines, mais aspect de pyélonéphrite.

Jamais revu.

Obs. XXI

Mme BOU 51 ans

1967

Forme bilatérale. 1 an après, cancer du sein, qui va permettre une survie de 3 ans.

Prend de la Methysergide pour migraines, depuis 4 ans (1c/jour).

Depuis 6 mois, insuffisance rénale. Urée : 1,34 g/l, qui revient à la normale.

En décembre 1966 : Phlébite gauche. fibrome utérin.

Tension Artérielle : 12-7.

U I V sous perfusion : gros rein droit ; rein gauche muet.

21/4/1967 :

U P R : à gauche : sténose serrée sur 8 cm de l'uretère iliaque avec uretère lombaire et cavités rénales dilatées.

à droite : la sténose est plus courte, en regard de l'articulation sacro-iliaque.

Montée de sonde à droite, mais bute à gauche.

hystérectomie totale et urétérolyse bilatérale avec intra-péritonisation.

En fin d'intervention, cystoscopie et montée facile de sonde à gauche.

Histologie : fibrose très inflammatoire.

26/4/1967 : Phlébite gauche.

5/6/1967 : U I V : rein gauche très peu fonctionnel. Régression de la distension droite.

13/6/1967 : Va bien. N'a plus de céphalées.

Urée sanguine : 0,28 g/l. Clearance : 32 ml/mn.

Créatinine : 13 mg/l. Clearance : 62 ml/mn.

V. S. : 15-34.

29/2/1968 : Tension Artérielle : 15-10.

Urée : 0,44 g/l. Créatinine : 12 mg/l.

V. S. : 12-32.

17/7/1968 : Découverte d'une épithélioma du sein gauche, révélé par une adénopathie axillaire et traité par radiothérapie exclusive.

21/7/1969 : Réapparition de la masse axillaire gauche.

Opérée fin août 1969 : carcinome mammaire anaplasique avec extension à la peau, aux tissus adipeux, avec une embolie artérielle, extension lymphatique sur 6 ganglions.

Début 1971 : Métastases hépatiques, cliniquement évidentes avec ascite et confirmées par la scintigraphie.

Quant au problème rénal, devenu secondaire, il ne semble aucunement pré-occupant, sans cependant que l'on dispose d'éléments objectifs.

Obs. XXII

M. ROU 42 ans

1969

Forme bilatérale. Urétérolyse en 2 temps. Aucune récupération.

Depuis 1 an, coliques néphrétiques bilatérales, prédominant à gauche, chez un malade ayant présenté une crise de goutte, avec hyperuricémie.

Septembre 1968 : U I V normale.

Février 1969 : les douleurs se sont modifiées, à type de pesanteur lombaire, avec crampes des mollets. Urée normale (0,27 g/l).

V.S. très accélérée : 73 à la 1ère heure.

Mars 1969 : On découvre une insuffisance rénale très avancée (urée : 1,80 g/l), et qui s'est donc installée en quelques semaines.

juin 1969 : Hospitalisation à Necker, alors qu'avaient été évoquées une néphropathie goutteuse, puis une intoxication au tétrachlorure de carbone.

L' U I V sous perfusion permet en fait un diagnostic d'insuffisance rénale obstructive en montrant 2 reins plutôt gros, un mutisme gauche et, à droite, une dilatation importante des cavités et de l'uretère, visible jusqu'à 14. Le diagnostic pré-opératoire est celui de lithiasé urique probable. Le plan thérapeutique est de libérer l'obstacle sur l'uretère du meilleur rein, le droit, avec ou sans néphrostomie.

30/6/1969 : Lombotomie droite. Rapidement, le diagnostic de fibrose est posé. Urétérolyse. L'opération du côté gauche est envisagé dans les délais rapides.

Dès les suites immédiates, la diurèse ne reprend pas.

10/7/1969 : Tentative de montée de sondes, qui butent de chaque côté à 2 ou 3 cm.

Médiane xypho-pubienne. Néphrostomie bilatérale. Urétérolyse gauche. Intra-péritonisation bilatérale.

Les biopsies rénales per-opératoires relèvent des lésions majeures de

néphrite interstitielle aigüe, prédominant à gauche.

Quoiqu'il en soit, les suites opératoires sont très décevantes car, à aucun moment, il n'y a de syndromes de levée d'obstacle , ni amélioration de l'insuffisance rénale.

En août 1969, apparition d'une neuropathie périphérique, de type multi-névritique, qui est finalement mise sur le compte de l'insuffisance rénale, et qui régressera d'ailleurs en quelques mois.

Ce malade est actuellement en dialyse chronique, à domicile (mars 1971).

C O N C L U S I O N

Au terme de cette brève étude, nous pouvons déduire les conclusions suivantes.

- 1) Le traitement idéal de la F R I E comporte l'urétérolyse bilatérale suivie d'intrapéritonisation de la totalité des 2 uretères, qu'il s'agisse d'une forme uni ou bilatérale.

La montée préalable de sondes urétérales, souvent facile dans ce cas, offre le double avantage de faciliter la dissection et de drainer ensuite les urines.

Il sera dès lors aisé, en dosant l'urée dans les urines séparées, de prévoir rapidement la récupération de la valeur fonctionnelle des reins. Celle-ci se fait pratiquement toujours de façon *assymétrique*, fonction de l'ancienneté de la sténose qui est toujours plus ancienne d'un côté que de l'autre.

- 2) Les uretères libérés sont rarement le siège d'une nécrose. Celle-ci apparaît en règle dans le mois qui suit l'intervention et nécessite la montée de sonde en urgence, et souvent un remplacement urétéral.

- 3) Les reins restent toujours menacés par la récurrence du processus sténosant autour des uretères, dans leur segment proximal et distal s'il n'a pas bénéficié de la protection à l'intérieur du péritoine.

De même, certains reins ne récupèrent jamais une fonction satisfaisante et, s'ils sont responsables d'une hypertension artérielle ou d'une infection persistante, ils justifient l'exérèse.

- 4) L'hypertension artérielle éventuellement contemporaine de l'étranglement des uretères, n'est amélioré que si l'intervention libératrice est suffisamment précoce.

- 5) La plaque de fibrose elle-même, qui ne saurait être extirpée en totalité en raison de ses adhérences intimes avec les gros vaisseaux, reste toujours susceptibles de s'étendre et d'envahir d'autres organes, bien que

nos malades n'aient jamais eu à souffrir de façon patente de cette extension. C'est pour lutter contre cette plaque qu'est proposée la corticothérapie au long cours.

- 6) Enfin, la survie après l'intervention radicale peut-être considérée comme très satisfaisante et doit encourager à des indications opératoires précoces, et une surveillance annuelle sans relâche dans laquelle l'U I V tient une place de choix. C'est grâce à cette intervention en un temps, entreprise avant la destruction définitive du parenchyme rénal, et à cette surveillance régulière durant toute la vie du malade, que pourra être amélioré encore le pronostic de cette affection.

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE
pr COUVELAIRE

VU LE DOYEN DE LA FACULTÉ
H. JÉROME

Vu le Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET

